

表 8 既設県における市町村総医師数と標榜する診療科別医師数

	既設県の市町村 (N=1400)					
	昭 55		平 2		平 12	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
総医師数	22.52	94.63	29.76	116.71	36.55	144.81
内科	11.1	35.71	13.94	44.93	16.26	51.59
呼吸器内科	1.38	6.1	1.63	7.12	2.13	9.23
消化器内科	2.83	12.62	3.85	15.76	5.19	19.71
循環器内科	1.63	7.01	2.29	9.5	3.33	13.25
小児内科	5.3	15.96	5.62	16.69	5.65	16.8
精神科	0.91	3.66	1.46	5.53	1.96	7.76
神経科	0.85	3.23	1.07	4.3	1.2	4.76
神経内科	0.25	1.41	0.56	2.56	0.89	4.15
外科	4.42	15.86	5.39	18.63	6.02	20.41
整形外科	2.26	9.21	3.18	11.75	4.01	13.97
形成外科	0.08	0.61	0.18	1.07	0.3	1.57
脳外科	0.41	2.37	0.69	3.37	1.01	4.13
呼吸器外科	0.08	0.79	0.12	0.88	0.19	1.11
心臓外科	0.09	0.91	0.21	1.38	0.35	2.12
小児外科	0.14	0.71	0.17	0.94	0.16	0.97
産婦人科	1.81	6.42	1.75	6.51	1.69	6.78
産科	0.23	0.88	0.17	0.72	0.11	0.61
婦人科	0.36	1.26	0.37	1.31	0.39	1.45
眼科	0.91	4.01	1.23	5.56	1.68	7.31
耳鼻科	0.96	4.03	1.14	5.05	1.31	5.68
気管呼吸器科	0.25	1.28	0.23	0.98	0.27	1.26
皮膚科	1.52	5.79	1.77	6.88	2.16	7.86
泌尿器科	0.94	4.16	1.14	4.9	1.29	5.13
性病科	0.24	1.06	0.15	0.81	0.11	0.57
肛門科	0.55	2.17	0.74	2.73	0.93	3.19
リハビリテーション	0.77	2.96	1.66	6.67	2.62	8.89
放射線科	1.74	7.29	1.84	8.45	1.68	7
麻酔科	0.41	2.69	0.77	3.9	1.18	5.55

表 9 既設県における市町村人口千人当り医師数と人口千人当り診療科別医師数

	既設県の市町村					
	昭 55		平 2		平 12	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
総医師数	0.70	0.46	0.89	0.71	1.05	0.93
内科	0.44	0.26	0.53	0.34	0.64	0.40
呼吸器内科	0.04	0.08	0.05	0.09	0.06	0.11
消化器内科	0.07	0.10	0.10	0.13	0.15	0.17
循環器内科	0.05	0.09	0.06	0.10	0.09	0.14
小児内科	0.21	0.16	0.22	0.19	0.23	0.22
精神科	0.03	0.08	0.04	0.12	0.06	0.14
神経科	0.02	0.07	0.03	0.09	0.03	0.11
神経内科	0.01	0.03	0.02	0.06	0.02	0.06
外科	0.15	0.15	0.19	0.19	0.23	0.22
整形外科	0.05	0.08	0.08	0.12	0.12	0.15
形成外科	0.00	0.01	0.00	0.02	0.01	0.03
脳外科	0.01	0.03	0.01	0.04	0.02	0.05
呼吸器外科	0.00	0.02	0.00	0.02	0.00	0.03
心臓外科	0.00	0.02	0.00	0.02	0.00	0.03
小児外科	0.00	0.02	0.00	0.02	0.00	0.02
産婦人科	0.05	0.08	0.05	0.08	0.04	0.07
産科	0.01	0.03	0.00	0.03	0.00	0.01
婦人科	0.01	0.04	0.01	0.04	0.01	0.04
眼科	0.02	0.04	0.03	0.06	0.03	0.06
耳鼻科	0.02	0.05	0.02	0.06	0.03	0.08
気管呼吸器科	0.00	0.02	0.00	0.02	0.00	0.02
皮膚科	0.04	0.07	0.04	0.07	0.06	0.09
泌尿器科	0.02	0.04	0.02	0.05	0.03	0.06
性病科	0.00	0.02	0.00	0.01	0.00	0.01
肛門科	0.01	0.03	0.02	0.05	0.02	0.05
リハビリテーション	0.02	0.06	0.05	0.09	0.09	0.15
放射線科	0.05	0.09	0.05	0.10	0.05	0.11
麻酔科	0.01	0.03	0.02	0.04	0.03	0.07

表 10 新設県の非過疎地域における総医師数と標榜する診療科別医師数

	新設県の非過疎地域 (N=536)						
	昭 55		平 2		平 12		
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
総医師数	32.53	80.93	44.86		110.67	55.91	135.87
内科	15.2	30.94	19.43		40.22	23.3	48.09
呼吸器内科	1.91	5.79	2.54		7.92	3.11	9.18
消化器内科	4.25	11.3	6.25		16.04	8.02	19.82
循環器内科	2.29	6.7	3.89		11.13	5.23	13.8
小児内科	7.1	13.91	7.84		15.14	7.78	15.02
精神科	1.4	3.54	2.27		5.61	3.28	7.89
神経科	1.33	3.48	1.83		4.58	1.84	4.92
神経内科	0.38	1.37	0.8		2.95	1.28	4.35
外科	6.49	14.4	7.93		17.46	8.71	18.68
整形外科	3.47	8.99	4.99		11.82	6.29	14.01
形成外科	0.09	0.48	0.26		1.08	0.5	1.81
脳外科	0.66	2.4	1.32		3.83	1.77	4.78
呼吸器外科	0.08	0.41	0.22		0.91	0.32	1.2
心臓外科	0.11	0.82	0.29		1.38	0.58	2.25
小児外科	0.2	0.65	0.24		0.81	0.25	0.96
産婦人科	2.84	6.68	2.78		6.9	2.72	6.73
産科	0.31	0.88	0.32		0.82	0.16	0.76
婦人科	0.49	1.14	0.57		1.28	0.58	1.46
眼科	1.34	3.57	1.88		5.06	2.65	6.63
耳鼻科	1.4	3.64	1.71		4.48	2.05	5.34
気管呼吸器科	0.32	1.1	0.34		1.15	0.34	1.23
皮膚科	2.29	5.67	2.53		6.3	2.99	6.84
泌尿器科	1.35	4.02	1.71		4.66	2.06	5.28
性病科	0.43	1.38	0.31		1.13	0.17	0.71
肛門科	0.95	3.07	1.26		3.84	1.43	4.16
リハビリテーション	1.44	3.96	2.81		7.81	4.39	11.2
放射線科	2.46	6.42	2.8		7.99	2.59	6.92
麻酔科	0.74	2.92	1.38		4.82	1.99	6.24

表 11 新設の非過疎地域における人口千人当たり医師数及び診療科別医師数

	新設県の非過疎地域					
	昭 55		平 2		平 12	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
総医師数	0.75	0.51	0.99	0.77	1.19	0.96
内科	0.43	0.23	0.52	0.31	0.60	0.34
呼吸器内科	0.04	0.06	0.05	0.10	0.07	0.10
消化器内科	0.09	0.10	0.14	0.14	0.18	0.16
循環器内科	0.05	0.07	0.08	0.12	0.11	0.13
小児内科	0.21	0.14	0.22	0.14	0.22	0.15
精神科	0.04	0.15	0.06	0.22	0.08	0.26
神経科	0.04	0.14	0.05	0.21	0.04	0.11
神経内科	0.01	0.03	0.01	0.04	0.02	0.05
外科	0.16	0.13	0.19	0.15	0.20	0.17
整形外科	0.07	0.10	0.11	0.13	0.14	0.14
形成外科	0.00	0.01	0.00	0.01	0.01	0.02
脳外科	0.01	0.03	0.02	0.05	0.03	0.06
呼吸器外科	0.00	0.01	0.00	0.02	0.00	0.02
心臓外科	0.00	0.01	0.00	0.02	0.01	0.03
小児外科	0.01	0.02	0.01	0.02	0.00	0.02
産婦人科	0.06	0.06	0.05	0.07	0.05	0.07
産科	0.01	0.03	0.01	0.02	0.00	0.02
婦人科	0.01	0.03	0.02	0.04	0.01	0.03
眼科	0.03	0.04	0.03	0.04	0.05	0.06
耳鼻科	0.03	0.04	0.03	0.04	0.04	0.05
気管呼吸器科	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00	0.01
皮膚科	0.05	0.06	0.05	0.06	0.06	0.08
泌尿器科	0.02	0.04	0.03	0.05	0.04	0.06
性病科	0.01	0.02	0.00	0.02	0.00	0.02
肛門科	0.02	0.03	0.02	0.04	0.03	0.05
リハビリテーション	0.04	0.07	0.06	0.10	0.11	0.14
放射線科	0.06	0.08	0.06	0.09	0.05	0.07
麻酔科	0.01	0.03	0.02	0.04	0.03	0.06

表 12 既設県の非過疎地域における総医師数と標榜する診療科別医師数

	既設県の非過疎地域 (N=841)						
	昭 55		平 2		平 12		
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
総医師数	34.02	120.71	45.46		148.48	56.57	184.1
内科	16.16	45.28	20.6		56.92	24.25	65.28
呼吸器内科	2.11	7.78	2.5		9.07	3.32	11.75
消化器内科	4.41	16.09	5.94		20.05	7.97	25
循環器内科	2.52	8.93	3.55		12.07	5.21	16.83
小児内科	7.78	20.18	8.37		21.06	8.5	21.17
精神科	1.43	4.63	2.26		6.99	3.06	9.82
神経科	1.32	4.08	1.66		5.43	1.87	6.01
神経内科	0.4	1.8	0.88		3.26	1.39	5.28
外科	6.58	20.14	8.02		23.63	8.96	25.88
整形外科	3.52	11.69	4.9		14.87	6.18	17.66
形成外科	0.13	0.78	0.29		1.37	0.48	2
脳外科	0.66	3.04	1.11		4.3	1.62	5.23
呼吸器外科	0.13	1.01	0.18		1.13	0.3	1.41
心臓外科	0.15	1.17	0.34		1.76	0.58	2.72
小児外科	0.21	0.9	0.26		1.19	0.24	1.23
産婦人科	2.73	8.13	2.71		8.25	2.67	8.6
産科	0.35	1.11	0.26		0.9	0.18	0.78
婦人科	0.54	1.58	0.57		1.65	0.61	1.82
眼科	1.41	5.1	1.94		7.08	2.67	9.3
耳鼻科	1.48	5.12	1.8		6.42	2.08	7.2
気管呼吸器科	0.4	1.63	0.36		1.23	0.44	1.59
皮膚科	2.34	7.35	2.77		8.72	3.38	9.94
泌尿器科	1.46	5.28	1.79		6.21	2.04	6.49
性病科	0.37	1.35	0.25		1.03	0.17	0.72
肛門科	0.85	2.75	1.14		3.43	1.43	4
リハビリテーション	1.18	3.74	2.52		8.46	3.94	11.23
放射線科	2.63	9.28	2.8		10.78	2.56	8.9
麻酔科	0.65	3.45	1.21		4.99	1.86	7.07

表 13 既設県の非過疎地域における人口当たり医師数及び診療科別医師数

	既設県の非過疎地域					
	昭 55		平 2		平 12	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
総医師数	0.75	0.51	0.97	0.80	1.16	1.06
内科	0.44	0.24	0.54	0.32	0.63	0.40
呼吸器内科	0.05	0.09	0.05	0.09	0.07	0.10
消化器内科	0.09	0.11	0.12	0.13	0.17	0.15
循環器内科	0.06	0.09	0.08	0.10	0.11	0.13
小児内科	0.22	0.14	0.23	0.16	0.23	0.18
精神科	0.04	0.10	0.05	0.13	0.07	0.15
神経科	0.03	0.09	0.04	0.10	0.04	0.12
神経内科	0.01	0.03	0.02	0.07	0.03	0.07
外科	0.16	0.14	0.19	0.17	0.21	0.17
整形外科	0.07	0.09	0.10	0.12	0.14	0.13
形成外科	0.00	0.01	0.00	0.02	0.01	0.02
脳外科	0.01	0.03	0.02	0.04	0.03	0.06
呼吸器外科	0.00	0.02	0.00	0.02	0.01	0.04
心臓外科	0.00	0.03	0.00	0.03	0.01	0.04
小児外科	0.00	0.02	0.01	0.02	0.00	0.02
産婦人科	0.06	0.07	0.05	0.07	0.04	0.07
産科	0.01	0.02	0.01	0.02	0.00	0.01
婦人科	0.01	0.03	0.01	0.03	0.01	0.04
眼科	0.03	0.04	0.03	0.05	0.04	0.06
耳鼻科	0.03	0.04	0.03	0.04	0.03	0.05
気管呼吸器科	0.01	0.02	0.01	0.02	0.01	0.02
皮膚科	0.05	0.07	0.05	0.07	0.07	0.08
泌尿器科	0.03	0.05	0.03	0.05	0.04	0.05
性病科	0.01	0.02	0.00	0.01	0.00	0.01
肛門科	0.02	0.04	0.02	0.05	0.03	0.05
リハビリテーション	0.03	0.06	0.06	0.09	0.09	0.11
放射線科	0.06	0.08	0.06	0.08	0.06	0.09
麻酔科	0.01	0.02	0.02	0.04	0.03	0.06

表 14 新設県の過疎地域における総医師数と標榜する診療科別医師数

	新設県の過疎地域 (N=321)						
	昭 55		平 2		平 12		
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
総医師数	4.92	6.55	5.57	5.57	7.77	6.48	10.2
内科	3.15	3.73	3.51	3.51	4.08	4.1	4.9
呼吸器内科	0.3	0.77	0.33	0.33	1.03	0.34	0.98
消化器内科	0.55	1.33	0.72	0.72	1.61	0.93	1.87
循環器内科	0.31	0.83	0.4	0.4	1.04	0.51	1.28
小児内科	1.45	1.87	1.38	1.38	1.79	1.33	1.78
精神科	0.12	0.53	0.2	0.2	0.89	0.3	1.36
神経科	0.12	0.51	0.17	0.17	0.82	0.17	0.7
神経内科	0.05	0.25	0.06	0.06	0.41	0.12	0.47
外科	1.17	1.72	1.26	1.26	1.86	1.48	1.92
整形外科	0.38	0.95	0.52	0.52	1.05	0.76	1.38
形成外科	0	0	0.02	0.02	0.28	0.02	0.28
脳外科	0.03	0.25	0.05	0.05	0.27	0.1	0.47
呼吸器外科	0	0.06	0.01	0.01	0.08	0.01	0.18
心臓外科	0	0	0.01	0.01	0.12	0.02	0.15
小児外科	0.04	0.21	0.02	0.02	0.18	0.03	0.2
産婦人科	0.42	0.83	0.28	0.28	0.63	0.24	0.62
産科	0.03	0.2	0.02	0.02	0.18	0.01	0.18
婦人科	0.07	0.29	0.06	0.06	0.27	0.1	0.39
眼科	0.17	0.47	0.17	0.17	0.49	0.23	0.63
耳鼻科	0.16	0.47	0.15	0.15	0.48	0.15	0.46
気管呼吸器科	0.01	0.11	0.01	0.01	0.08	0.01	0.11
皮膚科	0.28	0.72	0.28	0.28	0.79	0.32	0.98
泌尿器科	0.12	0.41	0.13	0.13	0.49	0.21	0.71
性病科	0.03	0.19	0.01	0.01	0.14	0.01	0.08
肛門科	0.07	0.29	0.07	0.07	0.27	0.12	0.42
リハビリテーション	0.17	0.53	0.32	0.32	0.88	0.49	1.19
放射線科	0.33	0.84	0.35	0.35	0.97	0.26	0.82
麻酔科	0.03	0.2	0.09	0.09	0.38	0.14	0.5

表 15 新設県の過疎地域における人口千人当たり医師数及び診療科別医師数

	新設県の過疎地域					
	昭 55		平 2		平 12	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
総医師数	0.58	0.36	0.68	0.46	0.81	0.64
内科	0.37	0.28	0.44	0.33	0.58	0.40
呼吸器内科	0.03	0.09	0.03	0.09	0.04	0.10
消化器内科	0.05	0.12	0.07	0.13	0.10	0.16
循環器内科	0.03	0.10	0.04	0.11	0.06	0.14
小児内科	0.17	0.18	0.17	0.20	0.20	0.29
精神科	0.01	0.06	0.01	0.07	0.02	0.10
神経科	0.01	0.08	0.01	0.06	0.02	0.07
神経内科	0.01	0.06	0.01	0.05	0.02	0.07
外科	0.13	0.19	0.15	0.21	0.21	0.28
整形外科	0.04	0.09	0.06	0.11	0.10	0.17
形成外科	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.01
脳外科	0.00	0.02	0.00	0.03	0.01	0.04
呼吸器外科	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00	0.01
心臓外科	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.01
小児外科	0.00	0.02	0.00	0.02	0.00	0.02
産婦人科	0.04	0.09	0.03	0.06	0.03	0.08
産科	0.00	0.02	0.00	0.01	0.00	0.01
婦人科	0.01	0.03	0.01	0.05	0.01	0.04
眼科	0.01	0.04	0.02	0.05	0.02	0.06
耳鼻科	0.01	0.04	0.01	0.05	0.02	0.07
気管呼吸器科	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.02
皮膚科	0.02	0.07	0.03	0.07	0.04	0.13
泌尿器科	0.01	0.05	0.01	0.04	0.02	0.08
性病科	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00	0.00
肛門科	0.01	0.03	0.00	0.02	0.02	0.08
リハビリテーション	0.02	0.07	0.03	0.11	0.06	0.17
放射線科	0.04	0.09	0.04	0.11	0.03	0.09
麻酔科	0.00	0.03	0.01	0.05	0.02	0.07

表 16 既設県の過疎地域における総医師数と標榜する診療科別医師数

	既設県の過疎地域 (N=559)						
	昭 55		平 2		平 12		
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
総医師数	5.34	9.94	6.34		12.69	6.67	15.39
内科	3.54	5.04	4.01		5.98	4.33	6.46
呼吸器内科	0.29	0.74	0.32		0.99	0.34	1.04
消化器内科	0.49	1.3	0.73		1.82	1.03	2.64
循環器内科	0.31	0.86	0.42		1.25	0.52	1.48
小児内科	1.59	2.21	1.52		2.36	1.41	2.25
精神科	0.13	0.55	0.25		0.98	0.32	1.37
神経科	0.14	0.55	0.19		0.85	0.21	1.01
神経内科	0.03	0.22	0.09		0.42	0.13	0.59
外科	1.21	2.23	1.46		2.54	1.65	2.81
整形外科	0.37	1.25	0.6		1.78	0.77	1.9
形成外科	0.01	0.07	0.01		0.11	0.02	0.18
脳外科	0.03	0.24	0.07		0.39	0.11	0.59
呼吸器外科	0	0.04	0.02		0.18	0.01	0.14
心臓外科	0.01	0.13	0.02		0.16	0.01	0.19
小児外科	0.03	0.19	0.04		0.23	0.03	0.2
産婦人科	0.44	1.07	0.33		0.92	0.22	0.87
産科	0.04	0.2	0.03		0.2	0.01	0.08
婦人科	0.08	0.29	0.08		0.33	0.08	0.29
眼科	0.16	0.57	0.18		0.7	0.19	0.81
耳鼻科	0.17	0.56	0.16		0.69	0.16	0.82
気管呼吸器科	0.03	0.17	0.04		0.27	0.02	0.2
皮膚科	0.3	0.78	0.3		0.98	0.35	1.12
泌尿器科	0.16	0.63	0.16		0.86	0.18	0.9
性病科	0.04	0.21	0.01		0.13	0.01	0.1
肛門科	0.09	0.37	0.13		0.65	0.17	0.68
リハビリテーション	0.16	0.62	0.39		1.23	0.65	1.58
放射線科	0.42	0.98	0.4		1.06	0.36	1.01
麻酔科	0.05	0.26	0.11		0.43	0.16	0.66

表 17 既設県の過疎地域における人口千人当たり医師数及び診療科別医師数

	既設県の過疎地域					
	昭 55		平 2		平 12	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
総医師数	0.63	0.35	0.77	0.55	0.88	0.63
内科	0.43	0.29	0.52	0.37	0.66	0.40
呼吸器内科	0.03	0.08	0.03	0.10	0.04	0.11
消化器内科	0.04	0.09	0.07	0.14	0.12	0.20
循環器内科	0.03	0.08	0.04	0.10	0.06	0.13
小児内科	0.20	0.20	0.20	0.22	0.24	0.28
精神科	0.01	0.05	0.02	0.10	0.03	0.11
神経科	0.01	0.04	0.02	0.08	0.02	0.09
神経内科	0.00	0.02	0.01	0.05	0.01	0.05
外科	0.13	0.16	0.18	0.22	0.25	0.27
整形外科	0.03	0.06	0.06	0.11	0.10	0.17
形成外科	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00	0.04
脳外科	0.00	0.02	0.01	0.03	0.01	0.04
呼吸器外科	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00	0.02
心臓外科	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.01
小児外科	0.00	0.02	0.00	0.03	0.00	0.03
産婦人科	0.05	0.09	0.03	0.08	0.02	0.08
産科	0.00	0.03	0.00	0.04	0.00	0.00
婦人科	0.01	0.04	0.01	0.05	0.01	0.05
眼科	0.01	0.04	0.02	0.08	0.02	0.06
耳鼻科	0.02	0.06	0.02	0.08	0.02	0.11
気管呼吸器科	0.00	0.02	0.00	0.02	0.00	0.01
皮膚科	0.03	0.07	0.03	0.07	0.04	0.11
泌尿器科	0.01	0.04	0.01	0.05	0.02	0.06
性病科	0.00	0.02	0.00	0.01	0.00	0.01
肛門科	0.01	0.03	0.01	0.04	0.02	0.05
リハビリテーション	0.02	0.06	0.03	0.09	0.08	0.19
放射線科	0.04	0.10	0.05	0.11	0.05	0.14
麻酔科	0.00	0.03	0.01	0.04	0.02	0.08

表 18 市町村人口数に対する医師分布

年次	人口分布	新設県		既設県	
昭 55					
	0~20%	171	0.012	316	0.013
	20~40%	437	0.043	744	0.044
	40~60%	823	0.100	1246	0.096
	60~80%	1680	0.218	2567	0.203
	80~100%	11142	1.000	19110	1.000
	計	14253		23983	
平 2					
	0~20%	251	0.011	439	0.012
	20~40%	706	0.041	1050	0.040
	40~60%	1287	0.096	1913	0.091
	60~80%	2769	0.215	3857	0.194
	80~100%	18342	1.000	30229	1.000
	計	23355		37488	
平 12					
	0~20%	352	0.011	533	0.010
	20~40%	919	0.040	1356	0.037
	40~60%	1649	0.091	2503	0.086
	60~80%	3739	0.208	4843	0.180
	80~100%	25389	1.000	41930	1.000
	計	32048		51165	

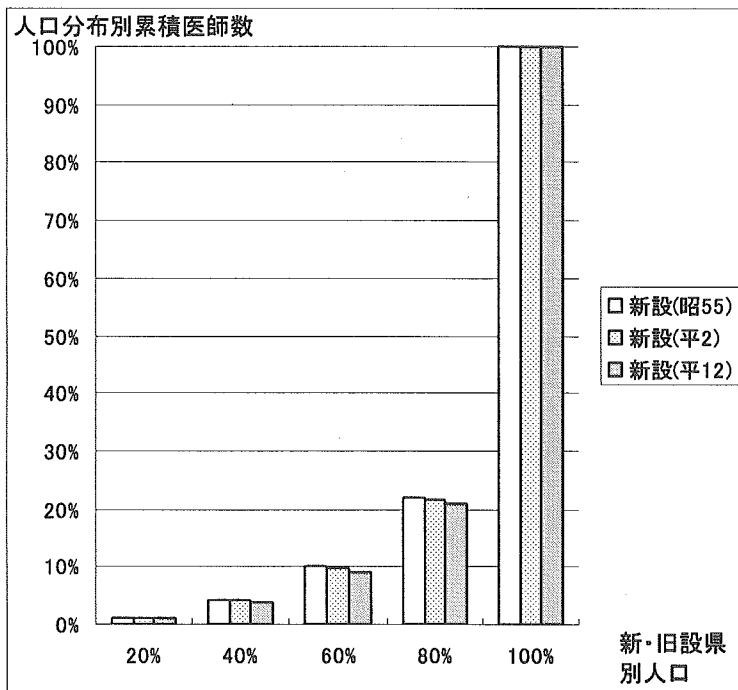
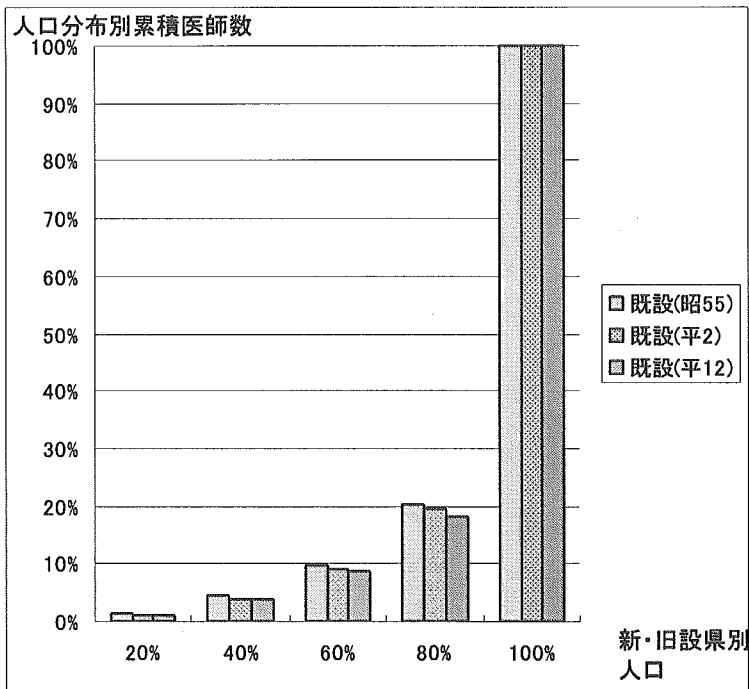


図 1 市町村人口数に対する医師分布（新設・既設県別）

分担研究報告

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金 (政策科学推進研究事業)
分担研究報告書

医療制度における分業と医師供給政策の役割——プライマリーケアの経済分析

分担研究者 大森正博 お茶の水女子大学生生活科学部助教授

研究要旨：本稿では、医療における分業のあり方について、プライマリー・ケアに焦点を当てて、検討した。私たちの身の回りにある多くの財・サービスは、消費者サイドのニーズにより、消費者の利益にもなる形で効率的に分業が行われているように思われる。しかし、医療においては、医学的知識・情報に関する情報を消費者が決定的に欠いており、消費者サイドの力だけに頼っていても、供給者サイドの分業は効率的に行われぬ。従来から提起されているプライマリー・ケア、セカンダリー・ケア、タータリー・ケアは医療における分業に重要な示唆を与えてくれる。しかし、その概念の持つ意味については、未だ研究の途上にある様に思われる。本稿では、プライマリー・ケアに焦点を当てて、その果たすべき役割は何か、検討を行った。そして、プライマリー・ケアを担当する医師が持つべき資質、技能についても検討を行った。

目次

- 1 はじめに——問題提起
- 2 最適な分業の理論
- 3 プライマリー・ケアを考える上での論点
- 4 プライマリー・ケアの担い手と医師供給政策
- 5 終わりに

1 はじめに

医療制度を評価するにあたって、供給サイドの重要な位置を占める医師供給のあり方は重要な意味を持っている。望ましい需給制度を構築するにあたって、関係する各主体の便益を考えなければならないが、やはりその中心に来るのは消費者の便益であろう。何のために医療の需給システムとしての医療制度があるかといえば、患者の健康を維持し、患者の厚生 (Welfare) をより大きくする事にあるといえる。

もちろん、供給サイドがどうであってもよいというわけではない。消費者の便益を考えるためには、サービスを提供する供給者が利潤 (ないし余剰) を得て、新たな技術革

新があった場合には、その恩恵を消費者に還元できるような状況に無ければならないことは言うまでもない。

通常、供給サイドのあり方は、需要サイドが規定する。例えば、近年、普及が進みつつある薄型の液晶テレビは、消費者が、限られたスペースの家の中で、場所をとらなくて、画面が大きく、かつ画質のよいテレビを望んでいる状況に対応して誕生した。従来のブラウン管テレビでは、画面を大型化するためには、ブラウン管のサイズを大きくしなければならないので、勢い、画面のみならず、奥行きが深くなり、全体としてテレビの体積も大きくなる。しかし、薄型テレビは、画面の大きさの割に薄く、奥行きが小さいために体積は小さく、最近では液晶技術等の開発と共に画質も格段に向上してきていることは周知の事実である。この例が提示することは、需要サイドの要望に対して供給サイドが対応することによって、需要サイドの求めるものが実現している点である。しかし、消費者の求めるものになぜ供給サイドが対応することができたのであろうか。言うまでもないが供給サイドに需要サイドの要求を受け入れるインセンティブがあったからである。そのインセンティブの源は何であらうか。開発者・生産者が消費者の幸せを願ったからであらうか。開発者・生産者が手に入れる名声であらうか。いずれも正しい答えだと思うが、さらに重要であると思われるのは、消費者が求めるものを提供することによって得られる利潤（利益）であらう。液晶テレビの生産者サイドは、株式会社を中心とした形態の生産者から成っている。株式会社は利益を上げることにより、従業員、経営者の給与・賞与が増加し、配当増加、株価の上昇といった形で、会社の所有者である株主に利益が還元され、会社自体もさらに株式、社債が発行しやすくなり、銀行からの借入れもしやすくなるなど資金調達も容易になるという側面を持っている。資金調達が容易になることは、会社がさらに消費者が求めている商品を開発、生産することが容易になることを意味している。生産者が利潤をあげることは、従業員、経営者、株主、銀行など関係する主体にプラスの影響を及ぼすことを可能にする。多くの産業では、需要サイドの要望に営利動機を持った供給サイドが応えるという形で、全ての関係者の経済厚生が改善する事が実現している。同じことが医療についても言えるのだろうか。

同様のことが供給者サイドの「分業」の形成についても言える。小売業を例にとって見よう。1970年代初期には、買い物に行く主な行き先は、日用品は個人商店ないしスーパーマーケットであり、外出着など特別な用途を伴うものを百貨店、デパートに買いに行くことが多かったように思う。それに対して、現在では、日用品の買い物について個人商店のプレゼンスは薄れ、スーパーマーケット、コンビニが主流になり、特別な用途を伴うものは、百貨店、デパートのみならず専門店で購入する者も多くなった。さらに、買い物だけでなく食事や映画、遊園地などのエンターテインメントも楽しむことが出来る（巨大）ショッピングセンターも誕生した。1970年代の消費者に比べると、現在の消費者は、買い物の行き先を、用途に応じてより幅広く選択できるようになったと考えられる。これは、供給サイドが自然に変化したと考えるよりは、消費者のニーズの多様化に併せて、供給サイドが対応したとする説明が説得的である。こうした「分業」は、医療においても実現するのであろうか。医療制度において、プライマリー・ケア、セカンダリー・ケア、タータリー・ケアの分業について議論されることがある。これは、

政策的な観点から医療における分業のあり方を規定していると考えられるが(この分業のあり方が望ましいかどうかは議論の対象になるが)、こうした医療における分業は需要サイドから促進されるのだろうか。本稿ではプライマリー・ケアに焦点を絞って、議論を展開する。

医療制度の供給サイドで重要なプレーヤーの一翼を担っているのが医師である。医療において欠くべからざるサービスである診断、治療において、医師は決定的に重要な役割を果たしている。医療における分業は医師の役割についても、大きな影響を及ぼす。それは、医師の養成のあり方にも決定的な影響を与えようと考えられる。本稿では、医療における分業とそれが医師の役割に与える影響、及び医師の養成のあり方についても言及する。

2 最適な分業の理論

本節では、医療における最適な分業のあり方について考察する。

医療における分業は様々な形で議論され、かつ現実を観察することが出来る。分業を考える上で、先にも述べたプライマリー・ケア (Primary Care)、セカンダリー・ケア (Secondary Care)、タータリー・ケア (Tertiary Care) の分類はよく知られている。

1) プライマリー・ケア、セカンダリー・ケア、タータリー・ケアの分類

プライマリー・ケア、セカンダリー・ケア、タータリー・ケアは、医学上の分類である。プライマリー・ケアは、消費者(患者)が医療に最初に接する段階を意味し、セカンダリー・ケアは、医療の必要な患者に専門的な治療を行う段階のことを言い、タータリー・ケアとは、高度先進医療、救急医療を指す。(もっともこの3つの言葉が論者によって微妙に異なる意味で使われ、言葉が一人歩きしているという状況もあるが、本稿では、比較的受け入れられていると思われるこの定義を採用する。)

この中でプライマリー・ケアについては、学会による定義が行われている。

日本プライマリーケア学会 HP より (<http://www.primary-care.or.jp/main.htm>) によれば、以下のような定義が行われている。

「基本概念：国民の健康や福祉に関わるあらゆる問題を、総合的に解決して行おうとする、地域での実践活動のことです。

プライマリとは、初期、近接、常在、基本、本来、といった意味ですが、言葉としてはプリマ(主役)からきてるとされ、重要なという意味も含んでいます。ケアとは、世話、管理、注意、配慮、といった意味があります。そこで、プライマリ・ケアとは、国民のあらゆる健康、疾病に対し、総合的・継続的に、そして全人的に対応する地域の政策と機能と考えて良いでしょう。国際的には、WHO(世界保健機構)のプライマリ・ケアに関する宣言として『2000年までに世界の人々全てに健康を』これを合い言葉に活動がおこなわれています。2000年は過ぎてしまいましたが、その精神を継続しています。

医療における位置付け

患者が最初に接する医療の段階。それが身近に容易に得られ、適切に診断処置され、また以後の療養の方向について正確な指導が与えられることを重視する概念で、そのために訓練された一般医・家庭医（プライマリ・ケア医師）がその任にあたる。

プライマリ・ケアの5つの理念

I. Accessibility（近接性）

1. 地理的
2. 経済的
3. 時間的
4. 精神的

II. Comprehensiveness（包括性）

1. 予防から治療，リハビリテーションまで
2. 全人的医療
3. Common diseaseを中心とした全科的医療
4. 小児から老人まで

III. Coordination（協調性）

1. 専門医との密接な関係
2. チーム・メンバーとの協調
3. Patient request approach（住民との協調）
4. 社会的医療資源の活用

IV. Continuity（継続性）

1. 「ゆりかごから墓場まで」
2. 病気の時も健康な時も
3. 病気の時は外来－病棟－外来へと継続的に

V. Accountability（責任性）

1. 医療内容の監査システム
2. 生涯教育
3. 患者への十分な説明

この定義は、プライマリー・ケアの役割、求められるサービスまで、多くの内容を含んでおり、医療の実践者の経験則から来ているプライマリー・ケアの定義であると考えられる。言い換えるとプライマリー・ケアについて確固たる定義はなく、その意義に関しては、依然として議論の俎上にあると言える。あえて、プライマリー・ケアの本質を見るとすると、消費者が医療に接する最初の接点という点にあることは間違いがないであろう。

セカンダリー・ケア、タータリー・ケアについては、明確な定義はなく、同じ言葉を使っても、論者によってその中身は異なるが、医療における分業から発生する概念であることは疑いのないところである。本稿では、最初に、これらの分業がどのような意味を

持っているかを経済理論を中心として読み解く。

2) 最適な分業を考える上での論点

生産者サイドの分業は、基本的には需要側からの要望があって、実現すると考えられる。つまり、生産者サイドの分業のあり方は、需要サイドのニーズに沿うように決まってくると考えられる。そして基本的には、消費者のニーズに沿って行われた分業が効率的で消費者の利益にかなうものになっている。

しかし、医療サービスについては、この論理的必然性について疑問点が存在する。それは、医療サービスについては、消費者がサービスの内容について十分な情報を持っていないという点に起因する問題点である。医療サービスについて十分な情報を持っていないということは、医療サービスの内容を的確に理解できない可能性がある。例えば、消費者が風邪の症状を訴え、診療を受けた場合、患者の症状の軽さから考えて、医師が、医薬品の副作用も考えて、医薬品の服用を指示せず、うがい、手洗いと静養を患者に指示した場合を考えてみよう。この医師の診療方法に満足する患者もいるが、中には、薬を処方してもらえないことに不満を持つ者もいるかもしれない。消費者の長期的な利益を考え、かつ技術的な適切さを考慮に入れると、医薬品を処方しないで、患者に静養するように伝えることが供給者サイドの最適な行動と考えられるが、消費者が十分に情報がないか、多少、副作用はあっても、医薬品を服用することを好む場合は、医薬品を提供する形の治療方法が採用される可能性がある。

医療サービスには、根本的に消費者サイドのニーズが必ずしも消費者の利益につながる可能性があるという性質が存在するが、「分業」に関してはどうかであろうか。患者は身体の具合が悪い時に、病名はおろか、自らの症状の重篤さも分からないことが多いであろう。医療機関を訪れる時は、病気の診断を受けることのみならず、治療を受けることも重要である。しかし、どの医療機関を訪れればよいか、患者が完全に意志決定を行うことは難しいであろう。まず、患者が医療機関に関する情報を持っていないならぬ。どの医療機関がどのような病気を診療できるのかという医療機関の能力に関する情報を持っていないならぬ。病気の種類、その重篤さによる診療の可否などの情報を持っていないならぬ。患者は医療機関を選択することは出来ないであろう。また、患者が自らの疾病に関する情報を持っていないならぬ。つまり、どのような病気で、重篤さはどの程度かを患者が知っていなければ、適切な医療機関の選択は出来ないはずである。患者が自らの症状を診断することは、医学を学んでいない以上、困難であろう。もちろん、患者がある程度、自己診断できる可能性はある。若干の発熱、頭痛の場合には、軽度の風邪だと自分で判断することも可能であろう。また、既に慢性疾患にかかっている、症状が出た時には、過去の経験に照らしあわせて、それが自らの慢性疾患に由来するものであるかどうか、その重篤さもある程度分かるかもしれない。特に若干の発熱、頭痛の場合には、薬局で処方箋無しで購入できる大衆薬を購入してすませるべきか、医療機関に行くべきか、という判断を多くの人々が長いこと行ってきたわけであるが、その判断が正確であったという保証は必ずしもない。やはり病気の診断は、専門的な医学知識がある医師が行うことであると考えられる。

もっとも患者が無条件に診療所ではなく病院を選ぶわけではない。皆が病院を選択し、

かつ病院の受け入れ患者数が限られていれば、必然的に病院に待ち行列が発生する。多くの病院で待合室に患者の行列ができていたことはよく知られていることである。待つことは、患者に費用負担をかける。その内容は、待っている時間に病気が悪化すること、待っている時間を他の用途に利用すれば得られたであろう便益である。例えば、サラリーマンであれば、多くの病院が設定している外来診療時間は貴重な労働時間であり、その時間を犠牲にすることによって失われるものは小さくないと考えられる。

また、診療で患者が負担する費用も患者の選択に影響を与える。患者は金銭的負担が大きいよりは小さい方を好む。患者の負担が診療の本来の費用を完全に反映するとすれば、病院における負担額の方が診療所のそれよりも大きくなると考えられる。診療機器をはじめとして、病院の固定費用は大きい。また、診療には、医師をはじめとするサービス供給者、さらに事務部門も診療所よりも多く投入されていると考えられる。しかし、社会保険診療報酬制度による価格規制が必ずしも原価を完全には反映していないこと、かつ医療保険制度の存在により、患者の負担が一部負担になっていることから、診療所でサービスを受けた時の患者負担と病院における患者負担の差は、実際の費用の差に比べて小さくなっていると考えられる。

患者が医学的知識が十分でない状態で医療機関を適切に選択することは困難である。患者がリスク回避的であれば、かかっているかもしれないと予想される病気の中で最も重篤な場合を考えて、できるだけ、診療能力の高い医療機関を選択しようとするであろう。診療能力が高いということは、現代の医学が診断、治療の両面で、高度医療機器に依存していることを反映して、高度医療機器が備わり、かつそれを使える高度な医学的知識を持った医師、医療技術者のいる医療機関を訪れようとするであろう。診療所よりは病院を、同じ病院ならばいわゆる大病院を選択するというわけである。その結果が、患者の診療所離れ、病院志向といえるのではないだろうか。図1は、厚生労働省大臣官房統計情報部によって作成された図である。この図は、昭和30年（1955年）以降の各年の外来患者数とその内、診療所、病院に行った患者数を示している。昭和30年から平成8年にかけて、病院の外来患者数は昭和50年を除き、継続的に増加している。それに対して、診療所の外来患者数は、昭和30年から昭和50年まで増加し、それ以降、平成5年まで減少していることが分かる。そして、平成5年から平成8年にかけて若干診療所の患者数は増加している

かつこの中の数字は、各年の診療所、病院を併せた総外来診療所の外来患者数が総外来患者数に占める割合は、昭和50年まで継続して増加し、その後、継続的に減少している。この観察から、昭和50年以降、（外来）患者の診療所離れ、病院志向が生じていることが分かる。その原因については、詳細な分析を必要とするが、上記のようなメカニズムは有力な仮説となると考えられる。

患者の診療所離れ、病院志向は、いくつかの社会的費用を生み出すと考えられる。第一に、病院の人的資源、物的資源の非効率的な使用である。医師を始めとする病院の人的資源、検査機器、診療機器といった物的資源は、資源の量が限られているために、そうした資源を必要としない人々がその資源を消費することは、他の必要とする人々の機会を奪うことになる。

患者の一部は、必ずしも病院における診療を必要とするような状況ではないという調

査結果もある。2003年度の厚生労働科学研究「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」の「病院小児科医の workforce 調査・分析」によれば、大阪府と大阪府近辺の病院小児科28病院に行った調査では、「二次病院」、「三次（専門）病院」共に、外来患者の7割前後を「プライマリーケア患者」が占めていた、としている。小児科の結果が他の診療科にも該当するかどうかは、吟味を必要とするが、論理的に考えて、患者が適切な医療機関を選べる条件がそろっているとは考えにくい。

結局、患者の需要サイドの要望は、患者の医学的知識・情報の不備のために、ゆがめられた形の供給サイドの分業体制をもたらしていると考えられる。患者に対して、必要な情報を提供し、需要サイドの力で分業を促進することも不可能ではないが、患者の医学的知識・情報を、医療機関を細かく選択するレベルまで高めることは難しいことを考えると、やはり、何らかの形で、分業を政策的に促進することが必要であると考えられる。現状は、プライマリー・ケアをセカンダリー・ケアの主たる担い手と考えられる病院、果てはタータリー・ケアの担い手と考えられている特定機能病院、専門病院までが担っているとも考えられるのである。

3 プライマリー・ケアを考える上での論点

分業を考える上で、プライマリー・ケア、セカンダリー・ケア、タータリー・ケアの分類は理論的に根拠のある分類であると思われる。プライマリー・ケアは、患者が医療に最初に接するポイントということが本質的であるが、そこで重要なことは、第一に、症状の診断であろう。症状の診断を行い、本当に必要とする者のみをセカンダリー・ケアに送るわけである。

患者は医療機関に赴く時、必ず自らの症状に関する診断を求めている。患者は病気に対する治療方法を知らないことに輪をかけて、身体の症状に対する診断情報に決定的に欠けているように思われる。診断情報をもらうことによって、患者は安心するであろう。十分に情報がない下で、リスクを回避するために、安全策として診療スタッフ、診療機器の厚く備わった医療機関に行く行動をしていた患者の多くは、最初に症状の診断情報をもらえば、わざわざ、病院まで赴き、待合室で待ったり、仕事を休んで病院に行くことを選択しないであろう。

しかし、ここで重要な問題点をいくつか指摘しなければならない。

第一に、診断についてである。医療技術の発達と共に、現代の診断技術は、画像診断、科学的検査など検査機器に依存して行われる側面が強くなってきている。患者の医療との最初の接点になる、最初の候補者である診療所は、こうした検査機器を所有しているものも少なからずあるが、必ずしも所有しているわけではない。診断を“Art”として行っていた時代には、必ずしも検査機器が無くても医師は診断を行っていたかもしれないが、今日、医師は、検査機器を使用して得たデータも考慮して診断を行っていると考えられる。したがって、病名の診断をプライマリー・ケアの段階で行うためには、診療所における検査機器の使用を可能にするような環境が必要である。検査機器は、その検査機器の操作者も含めた固定的生産要素であり、効率的利用のためには一定以上の稼働率